

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

H É R N I A H I A T A L

ABORDAGEM CIRÚRGICA

- MEDICINA -

- FLORIANÓPOLIS, 20 DE NOVEMBRO DE 1987 -

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

HÉRNIA HIATAL

ABORDAGEM CIRÚRGICA

ALBERTO TRAPANI JÚNIOR

EUGÊNIO GRILLO

- MEDICINA -

INTERNATO MÉDICO - CIRURGIA

- FLORIANÓPOLIS, 20 DE NOVEMBRO DE 1987 -

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Carlos Alberto Justo da Silva, por seu apoio e orientação.

As funcionárias da Biblioteca do Hospital Universitário.

A nossas famílias, pelo carinho, apoio e estímulo.

SUMÁRIO

	pag.
RESUMO	04
INTRODUÇÃO	05
CASUÍSTICA E MÉTODOS	07
RESULTADOS	11
DISCUSSÃO	17
ABSTRACT	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

RESUMO

Foram revisados 19 prontuários correspondentes aos pacientes com diagnóstico de Hérnia Hiatal, operados no Hospital Universitário e no Hospital Florianópolis, de 1981 a 1987.

O quadro clínico no pré-operatório era composto pelos sintomas conhecidos de refluxo gastroesofágico e esofagite.

As afecções associadas foram freqüentes (84,21%), principalmente as úlceras pépticas duodenais ou gástricas e a colelitíase.

Todos os pacientes foram submetidos à fundogastroplicatura a Lind.

Doze pacientes retornaram para acompanhamento e 2 deles referiram persistência dos sintomas, um dos quais sem alterações radiológicas ou endoscópicas.

Em 8 pacientes (66% dos 12) observou-se algum dos efeitos indesejáveis da cirurgia. O mais comum foi a disfagia, que desaparecia gradativamente com o tempo.

A recidiva funcional foi evidenciada em dois pacientes através da seriografia esofagogastroduodenal, um dos quais assintomático.

Não houve recidiva anômica.

INTRODUÇÃO

A hérnia hiatal diafragmática (HHD) é uma das anormalidades mais encontradas no abdome superior, sendo demonstrada, quando se aplicam critérios diagnósticos rigorosos, em cerca de 30% da população geral¹⁵. Foi classificada por AKERLUND (1926) em HHD por deslizamento, para-esofágica e mista, sendo que aquela por deslizamento representa cerca de 85 a 98% do total^{14,17,39}.

A HHD é, freqüentemente, assintomática. No entanto, alguns indivíduos apresentam refluxo gastro-esofágico (RGE) e manifestações clínicas decorrentes da esofagite. Embora possa haver refluxo grave na ausência de hérnia hiatal, na grande maioria dos pacientes esta associação é observada¹⁶.

A quase totalidade dos indivíduos portadores de esofagite de refluxo responde satisfatoriamente ao tratamento clínico, entretanto, em alguns deles, o tratamento cirúrgico se impõe, quando surgem complicações como hemorragia, disfagia, perfuração ou refratariedade aos medicamentos^{9,15, 20, 22,31}.

O estudo e a abordagem terapêutica da HHD ganharam impulso quando H.H.Berg⁴, em 1930, sistematizou a investigação radiológica destas hérnias.

Os primeiros procedimentos cirúrgicos visavam a redução da hérnia e a manutenção do estômago em posição anatômica, tanto por via torácica (SWEET, 1948 ; ALLISON, 1951)^{42, 1}, como abdominal (HARRINGTON, 1938)¹⁸ ou, ainda, combinada (BOYD, 1959)⁷.

O avanço decisivo foi a criação de técnicas anti-refluxo, sob forma valvular, a nível da junção esôfago-gás -

trica. São técnicas de fundogastroplicatura, nas quais se pratica o envolvimento do segmento abdominal do esôfago pelo fundo gástrico, de forma total (NISSEN, 1956)³³ ou parcial (TOUPET, 1963; LIND e COLS., 1965; BAUE e BELSEY, 1967)^{43,26,21}; podendo ser complementada pela fixação da região cârdia no ligamento pré-aortico (HILL e COLS., 1966)²².

Em 1975, BAHADOZADEZ e JORDAN² preconizaram a associação de vagotomia superseletiva às técnicas de fundogastro-plicatura, no tratamento da esofagite de refluxo.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram estudados, retrospectivamente, 19 prontuários correspondentes aos pacientes com diagnóstico de hérnia hiatal por deslizamento, submetidos a tratamento cirúrgico, internados no Hospital Universitário, de setembro de 1984 a julho de 1987, e no Hospital Florianópolis, de outubro de 1981 a julho de 1987.

Devido a falta de protocolo anterior, procurou-se estabelecer um que visasse não só pesquisa retrospectiva, como também a avaliação posterior dos casos (anexo I).

O estudo do quadro pré-operatório consistiu no levantamento da sintomatologia, do tratamento clínico e dos exames complementares, com ênfase à análise crítica dos laudos radiológicos e endoscópicos.

A descrição cirúrgica foi criteriosamente averiguada.

Depois da revisão de todos os prontuários, os pacientes foram convidados a comparecer ao ambulatório de cirurgia geral do Hospital Universitário (anexo II), visando a realização de entrevista e exames complementares. O retorno obtido foi de 63,3% (12 casos).

Durante a entrevista pós-operatória, procurou-se avaliar os efeitos imediatos e tardios da cirurgia e a persistência dos sintomas.

Para a avaliação subjetiva, pediu-se aos entrevistados que classificassem seu grau de satisfação com a cirurgia em excelente, bom, satisfatório ou insatisfatório.

Para investigação dos resultados anatômicos e funcionais da cirurgia, a seriografia esofago-gastro-duodenal

(SEGD) foi solicitada a todos os pacientes que retornaram. A queles que referiam persistência dos sintomas foram encaminhados à endoscopia.

Na SEG D empregou-se a técnica radiológica convencional e as manobras habituais para a pesquisa da hérnia e de refluxo gastro-esofágico (RGE).

Durante o exame endoscópico anotou-se o aspecto da mucosa, a presença de hérnia hiatal diafragmática e a ocorrência de RGE. O aspecto da mucosa esofageana foi inspecionado a procura de sinais de esofagite, como hiperemia, sangramento, edema, friabilidade, erosões, depósito de fibrina, úl cera ou estenose inflamatória.

O diagnóstico endoscópico de recidiva da HHD é fir mado quando evidenciada bolsa revestida por mucosa pregueada própria do estômago acima do estreitamento determinado pelo diafragma ¹¹.

Todos os pacientes foram informados do caráter e propósito da pesquisa.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CCS - Dto. de CLINICA CIRÚRGICA
Trabalho: Hérnia Hiatal, abordagem
cirúrgica.

Ddo. Alberto Frapani Júnior
Ddo. Eugênio Grillo
Orientador:
Dr. Carlos A. Justo e Silva

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Registro: _____ Hospital: _____
Endereço: _____
Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: ____ Raça: ____
Data Internação: ____/____/____ Data Cirurgia: ____/____/____
Diagnóstico(s): _____

SINTOMATOLOGIA

	S/N	DURAÇÃO
Azia/Pirose		
Dor retroesternal		
Dor epigástrica		
Ercutações		
Regurgitação		
Náuseas/Vômitos		
Sialorréia		
Hematemese		
Melena		

OBS.: _____

TRATAMENTO CLÍNICO

Não ☐ Sim ☐ Duração: _____
Antiácidos ☐
Cimetidina ☐
Metoclopramida ☐
Antiespasmódico ☐
Outros: _____

EXAMES COMPLEMENTARES

Seriografia EGD: _____ Data: ____/____/____
Endoscopia: _____ Data: ____/____/____
Outro(s): _____

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Indicação: _____
Tipo: _____
Cirurgia associada: _____
Achado transoperatório: _____
Acidente(s) transoperatório: _____
Complicações pós-operatórias: _____

ACOMPANHAMENTO PÓS-OPERATÓRIO Data (1) ____/____/____ Data (2) ____/____/____ Data (3) ____/____/____

RECURRENCIA DA SINTOMATOLOGIA

Azia/Pirose	1	2	3
Dor retroesternal	1	2	3
Dor epigástrica	1	2	3
Ercutações	1	2	3
Regurgitação	1	2	3
Náuseas	1	2	3
Vômitos	1	2	3
Sialorréia	1	2	3
Hematemese	1	2	3
Melena	1	2	3

OBS.: _____

EFEITOS INDESEJÁVEIS DA CIRURGIA

Dificuldade eructar/vômitar	1	2	3
Disfagia	1	2	3
Flatulência	1	2	3
Plenitude epigástrica	1	2	3
Necessidade de dilatação	1	2	3

OBS.: _____

FEZ USO DE MEDICAMENTOS

Não ☐ Sim ☐
Quais: _____

GRAU DE SATISFAÇÃO COM A CIRURGIA

☐ EXCELENTE ☐ SATISFATÓRIO
☐ BOM ☐ INSATISFATÓRIO

ESTUDOS COMPLEMENTARES

Seriografia EGD: _____ Data: ____/____/____
Endoscopia: _____ Data: ____/____/____
Outro(s): _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DIVISÃO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

Prezad Senhor

É do nosso conhecimento que V. Sa. foi submetid a uma intervenção cirúrgica em de de , no Hospital .

Visando o acompanhamento dos pacientes com este tipo de operação, estamos realizando um levantamento sobre o estado de saúde atual e as complicações que possam ter ocorrido com estas pessoas.

Por este motivo, solicitamos o comparecimento de Vossa Senhoria, com máxima urgência, ao Ambulatório de Cirurgia Geral do Hospital Universitário da UFSC, no dia de de 1987, às horas da manhã, para realização de consulta e exames com o Dr. Carlos Alberto Justo da Silva, afim de sabermos seu atual estado clínico. Pedimos que permaneça em jejum pelo menos horas antes da consulta.

Não há necessidade de marcar consulta, pois o atendimento já é aguardado.

Sem mais, contando com vossa compreensão e inestimável colaboração, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

Dr. Carlos Alberto Justo da Silva

RESULTADOS

Dentre os 19 pacientes, 12 eram do sexo masculino e 7 do feminino. A idade variou de 19 a 76 anos, sendo a média de 41,16 anos.

Quanto ao quadro clínico, resumido na figura I, observa-se que azia/pirose, dor epigástrica e retroesternal, vômitos/náuseas foram os sintomas predominantes.

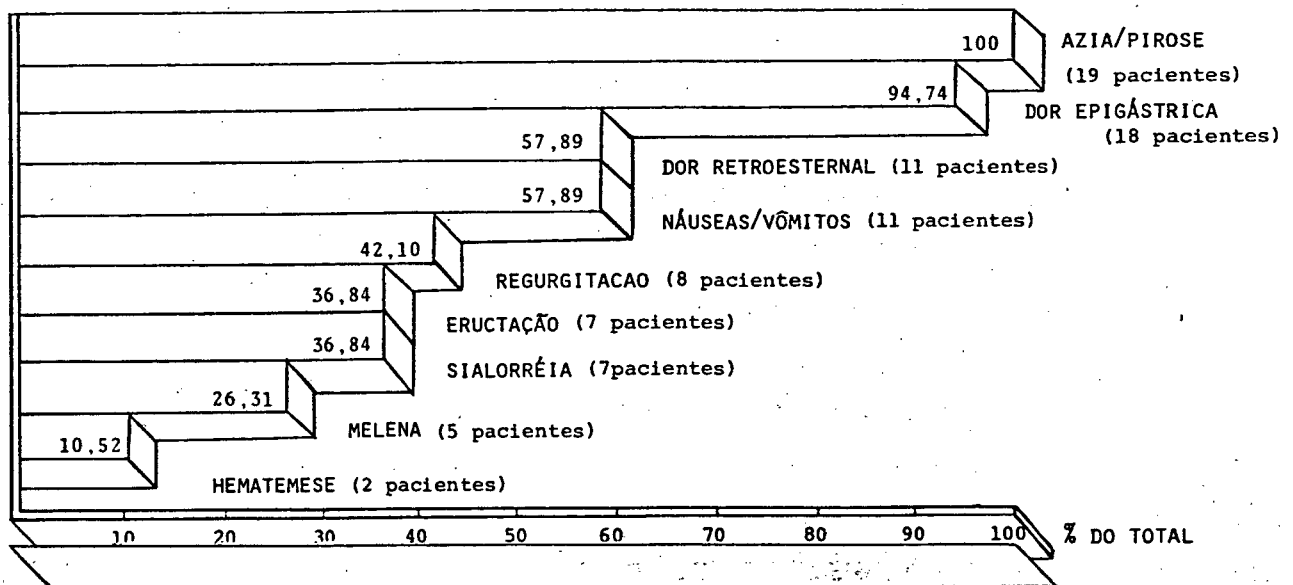


FIGURA I - PERCENTUAL DOS SINTOMAS MAIS FREQUENTEMENTE ENCONTRADOS (N = 19)

QUADRO I - DISTRIBUIÇÃO GERAL DOS PACIENTES, COM IDENTIFICAÇÃO, RADIOLOGIA E ENDOSCOPIAS PRÉ-OPERATÓRIAS, E A RELAÇÃO DAS CIRURGIAS ASSOCIADAS.

CASO	N REG.	HOSP.	DATA CIR.	IDADE	SEXO	RADIOLOGIA	ENDOSCOPIA	CIRURGIA ASSOCIADA
1	63992	HU	09-07-87	33A	M	UPD	HHDD, ESOFAGITE ULCERADA, UPD	VSS
2	63764	HU	08-07-87	47A	F	UPG	HHDD, UPG	GASTRECTOMIA BI
3	60582	HU	01-04-87	53A	F	HHDD	HHDD	COLICISTECTOMIA
4	59779	HU	28-01-87	27A	M	UPD	HHDD, ESOFAGITE ULCERADA, UPD	VSS
5	57420	HU	24-10-86	29A	F	NAO LOCALIZADO	HHDD, UPD	VSS
6	11067	HF	19-02-86	39A	M	HHDD, RGE	HHDD, RGE, ESOFAGITE ULCERADA, GD	-
7	44486	HU	23-10-85	44A	M	VOLVO GÁSTRICO	HHDD, VOLVO GÁSTRICO, DUODENITE	ANTRECTOMIA, VT, ESPLENECTOMIA
8	24428	HU	22-07-85	26A	M	NAO LOCALIZADO	NAO LOCALIZADO	-
9	08030	HU	09-07-85	26A	M	UPD	HHDD, ESOFAGITE ULCERADA, UPD	VSS
10	32209	HU	27-05-85	19A	M	RGE, UPD	HHDD, RGE, ESOFAGITE ULCERADA, UPD	VSS
11	09692	HF	09-05-85	28A	M	UPD	HHDD, UPD	VSS
12	40561	HU	09-04-85	22A	F	NORMAL	HHDD, ESOFAGITE ULCERADA	-
13	36090	HU	30-09-84	29A	M	UPD	HHDD, RGE, ESOFAGITE, UPD	VSS
14	01654	HF	26-09-83	76A	F	NAO LOCALIZADO	HHDD, ESOFAGITE SEVERA, EET, UPG	DILATAÇÃO VELA HEGAR
15	06362	HF	30-04-83	62A	F	NAO LOCALIZADO	NAO LOCALIZADO	COLECISTECTOMIA
16	05392	HF	15-09-82	49A	M	HHDD, RGE, UPD	HHDD, RGE, ESOFAGITE LEVE, UPD	VSS
17	05318	HF	23-08-82	60A	F	NORMAL	HHDD, RGE, ESOFAGITE ULCERADA	ESPLENORRAFIA
18	05120	HF	07-07-82	75A	M	RGE	HHDD, ESOFAGITE LEVE	COLECISTECTOMIA
19	04098	HF	19-10-81	38A	M	UPD	HHDD, ESOFAGITE, UPD	ANTRECTOMIA, VT

ABREVIACOES: A = ANOS; EET = ESTENOSE DO ESÓFAGO TERMINAL; F = FEMININO; GD = GASTRODUODENITE; HF = HOSPITAL FLORIANÓPOLIS; HHDD = HERNIA DE HIATO DIAFRAGMÁTICO POR DESLIZAMENTO; HU = HOSPITAL UNIVERSITÁRIO; M = MASCULINO; UPD = ULCERA PÉPTICA DUODENAL; UPG = ULCERA PÉPTICA GÁSTRICA; VSS = VAGOTOMIA SUPER-SELETIVA; VT = VAGOTOMIA TRONCULAR.

O tempo de aparecimento dos sintomas, antes da cirurgia, oscilou entre 6 meses e 10 anos. A média foi de 4,85 anos.

Onze dos 12 pacientes entrevistados pelos autores referiram tratamento clínico antes da cirurgia. A duração do mesmo esteve entre 1 mês e 10 anos e a média foi de 3,45 anos. Os anti-ácidos foram utilizados isoladamente em 2 casos; associados a cimetidine e metoclopramida em 3; apenas à cimetidine em 5; e a metoclopramida em 2.

A associação da Hérnia de Hiato Diafragmático (HHD) a outras patologias foi freqüente (84,21%). Destas as mais encontradas foram a úlcera péptica, colelitíase e úlcera gástrica. Ver tabela I.

TABELA I - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO AS AFECÇÕES ASSOCIADAS

AFECÇÃO	N	%
ÚLCERA PÉPTICA DUODENAL (UPD)	9	47,37
COLELITÍASE	3	15,79
ÚLCERA PÉPTICA GÁSTRICA (UPG)	2	10,53
DUODENITE	1	5,26
GASTRODUODENITE	1	5,26
SEM AFECÇÕES ASSOCIADAS	3	15,79
TOTAL	19	100,00

Complicações da HHD foram observadas em 15 pacientes (78,95%), sendo a esofagite ulcerada a mais comum (36,85%). Esofagite leve foi notada em dois pacientes. Em quatro casos a esofagite foi referida, mas sua intensidade não classificada.

O diagnóstico de volvo gástrico (caso 7) constava dos laudos radiológico e endoscópico, apesar de não confirmado no trans-operatório.

Um paciente apresentava estenose péptica do esôfago inferior (caso 14) e necessitou de dilatação trans-operatória com velas de Hegar.

TABELA II - DISTRIBUIÇÃO GERAL DOS PACIENTES SEGUNDO AS COMPLICAÇÕES DECORRENTES DA HHD

	N	%
ESOFAGITE ULCERADA	7	36,85
ESOFAGITE SEM GRAU ESPECIFICADO	4	21,05
ESOFAGITE LEVE	2	10,53
ESOFAGITE SEVERA C/ ESTENOSE	1	5,26
VOLVO GÁSTRICO*	1	5,26
HHD NAO COMPLICADA	4	21,05
TOTAL DE PACIENTES	19	100,00

*VOLVO GÁSTRICO FOI UM DIAGNÓSTICO FIRMADO NA RADIOLOGIA E ENDOSCOPIA, NÃO CONFIRMADO NO TRANS-OPERATÓRIO.

Em apenas 3 pacientes (20% de 15), o laudo radiológico demonstrou a HHD, em contraste com a alta positividade da endoscopia (100%).

O RGE foi confirmado em 6 pacientes, sendo pouco significativa a diferença entre a seriografia esôfagogastro-duodenal (SEGD) e a endoscopia em sua demonstração.

A constatação da esofagite foi feita exclusivamente pela endoscopia.

TABELA III- DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS RADIOLOGICOS E ENDOSCÓPICOS NO DIAGNOSTICO DA HHD E DO RGE

EXAME	HHD		RGE	
	N	%*	N	%*
SEGD (N=15)	3	20,00	4	26,67
ENDOSCOPIA (N=17)	17	100,00	5	29,40

*PERCENTUAL EM RELAÇÃO AOS PACIENTES QUE REALIZARAM O REFERIDO EXAME

Correlacionando-se os diagnósticos radiológicos e endoscópicos (tabela IV), observa-se que em 12 pacientes (80% de 15) a endoscopia demonstrou HHD, apesar da SEG D ter sido negativa. Chama atenção também que em 10 pacientes, em que ambos os exames foram localizados, o RGE não foi firmado por qualquer método.

TABELA VI - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO A RELAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS RADIOLOGICOS E ENDOSCÓPICOS NO DIAGNOSTICO DA HHD E DO RGE.

RELAÇÃO SEG D / ENDOSCOPIA	DIAGNOSTICO			
	HHD		RGE	
	N	%	N	%
+/+	3	20,00	3	20,00
-/+	12	80,00	1	6,67
+/-	0	0,00	1	6,67
-/-	0	0,00	10	66,66
TOTAL	15*	100,00	15*	100,00

*N=15: NÚMERO DE PACIENTES EM QUE AMBOS OS EXAMES FORAM LOCALIZADOS

Todos os 19 pacientes realizaram fundogastroplicatura segundo a técnica de Lind. Outras técnicas concomitantes foram efetuadas a medida que a afecção associada indicasse.

Não houve óbitos na presente casuística.

A morbidade foi de 21,05% (4 casos) e consistiu de uma hérnia incisional, duas lesões esplênicas e o aparecimento de uma hérnia hiatal paraesofágica.

Quanto a avaliação subjetiva, 10 pacientes classificaram o resultado cirúrgico com excelente, um como bom e apenas um considerou insatisfatório.

Dos 12 pacientes que compareceram à entrevista pós-operatória, 2 persistiram com, pelo menos, uma das queixas anteriores à cirurgia. Em oito casos houve manifestações transitórias de possíveis efeitos indesejáveis da operação, tais como disfagia, dificuldade para vomitar ou eructar, flatulência e plenitude epigástrica, que persistiram por períodos de 15 dias a 5 meses após a intervenção.

Dentre os 12 pacientes do acompanhamento pós-operatório, nove realizaram SEG D. Em 6 casos o exame foi normal, em dois observou-se RGE e, em um deles, uma volumosa hérnia hiatal paraesofágica, não evidenciada no pre-operatório.

Os dois doentes que referiram persistência dos sintomas foram submetidos a SEG D e endoscopia no acompanhamento pós-operatório. Em um deles (caso 8), a SEG D mostrou RGE e a endoscopia esofagite leve; o outro teve ambos os exames dentro da normalidade (caso 9).

QUADRO II - AVALIAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA

CASO	TEMPO PÓS-OP.	RECURRENCIA CLÍNICA	EFEITOS INDESEJÁVEIS	AVALIAÇÃO SEG D	MORFOLÓGICA ENDOSCOPIA	AVALIAÇÃO SUBJETIVA
1	3M	ASSINTOMÁTICO	NAO APRESENTOU	NORMAL	NAO SOLICITADO	EXCELENTE
2	3M	ASSINTOMÁTICO	DISFAGIA	NORMAL	NAO SOLICITADO	EXCELENTE
3	6M	ASSINTOMÁTICO	DISFAGIA	NAO REALIZOU	NAO SOLICITADO	EXCELENTE
4	9M	ASSINTOMÁTICO	NAO APRESENTOU	RGE	NAO SOLICITADO	EXCELENTE
5	1A	ASSINTOMÁTICO	DISFAGIA	NORMAL	NAO SOLICITADO	EXCELENTE
6	1A8M	ASSINTOMÁTICO	NAO APRESENTOU	NORMAL	NAO SOLICITADO	EXCELENTE
7	2A	ASSINTOMÁTICO	DIF.ERUCTAR/VOMITAR, FLATULÊNCIA	NAO REALIZOU	NAO SOLICITADO	EXCELENTE
8	2A3M	SINTOMÁTICO	DISFAGIA, DIF.ERUCTAR/VOMITAR, FLATULÊNCIA	RGE	ESOFAGITE LEVE	INSATISFATÓRIO
9	2A3M	SINTOMÁTICO	DIF.ERUCTAR/VOMITAR, FLATULÊNCIA	NORMAL	NORMAL	BOM
11	2A5M	ASSINTOMÁTICO	DISFAGIA, DIF.ERUCTAR/VOMITAR	HHDP*	NAO SOLICITADO	EXCELENTE
15	4A6M	ASSINTOMÁTICO	DISFAGIA	NAO REALIZOU	NAO SOLICITADO	EXCELENTE
19	6A	ASSINTOMÁTICO	NAO APRESENTOU	NORMAL	NAO SOLICITADO	EXCELENTE

*HHDP = HÉRNIA DE HIATO DIAFRAGMÁTICO PARA ESOFÁGICA

DISCUSSÃO

A hérnia hiatal diafragmática é uma modalidade herniária da parede cranial da cavidade abdominal através de um ponto fraco que, neste caso, é o hiato esofágico ¹⁴.

A classificação é feita segundo o conteúdo herniário ^{5,14,23,35}. Quando a estrutura insinuada é a junção esôfago-gástrica, recebe o nome de hérnia "por deslizamento", e quando é a tuberosidade do estômago, é chamada de "para-esofágica". As duas estruturas podem estar herniadas. Neste caso, a hérnia é dita mista. Alguns autores consideram ainda o tipo "esôfago curto" ^{10,37}. É excepcional que outras vísceras se insinuem pelo hiato ¹⁴.

Embora a maioria das estatísticas mostrem maior incidência da HHD no sexo feminino ^{5,8,13,36,38}, tal fato não foi observado no presente material e nem por alguns outros autores ^{5,20,24,46}.

Este fato seria compreensível pela sobrecarga que as gestações e obesidade representam para região hiatal. No entanto, o fator mais importante talvez dependa apenas do tipo de seleção dos pacientes investigados.

A compreensão da relação existente entre os sintomas e a fisiopatologia da HHD é fundamental para triagem adequada dos doentes a serem operados ⁴¹.

Convém salientar que 13 pacientes (68,42%) demonstraram, através da endoscopia ou radiologia, uma ou mais afecções dispépticas associadas, como úlcera péptica duodenal em

nove casos (47,37%), úlcera péptica gástrica em dois (10,53%) duodenite em um (5,26%) e gastroduodenite em um (5,26%). Desta forma, algumas das manifestações clínicas, como dor epigástrica, náuseas, vômitos ou hemorragia digestiva podem ser atribuídos também a estas afecções subjacentes.

A HHD quando sem complicações é geralmente assintomática, ou apresenta apenas sintomas neurovegetativos, dependentes muitas vezes da distensão do conteúdo herniário no mediastino¹⁴.

Com a evolução do refluxo gastro-esofágico (RGE) a mucosa esofágica passa a sofrer uma ação agressiva e responder com o processo inflamatório, constituindo-se a esofagite.

Diferentes trabalhos^{44,45} tem demonstrado que a piora decorre da passagem do conteúdo gástrico para o esôfago, despertando reação da mucosa, sensível ao conteúdo das secreções digestivas.

A incompetência da cardia é agravada quando o paciente assume o decúbito, porque favorece a herniação e abole a gravidade que se opõe ao refluxo.

Os vômitos, quando proeminentes, devem alertar para processo obstrutivo ou dificuldade de esvaziamento gástrico⁴¹. Na presente amostra, 11 pacientes referiram vômitos no pré-operatório, quatro dos quais possuíam associação com úlcera péptica duodenal, um com gástrica, um com esofagite ulcerada e gastroduodenite e um com esofagite ulcerada apenas.

Flatulência e eructação decorrem da ingestão de ar na tentativa de conter o refluxo⁴¹ e estiveram presentes em sete pacientes.

Cinco doentes (26,31%) manifestaram melena em algum momento da evolução e dois deles manifestaram também hematêmese. Todos revelaram, à endoscopia, as possíveis fontes de sangramento: esofagite ulcerada em um, esofagite ulcerada e úlcera duodenal em um, úlcera duodenal apenas, em um, e úlcera gástrica em dois. SKINNER⁴¹ notou menor incidência de hemorragia digestiva (12%), no entanto em sua casuística havia menos associação da HHD com outras afecções, que também podem ser fator de sangramento; enquanto CLEMENTE⁹ observou índice semelhante a do presente estudo (24,2%).

A sialorréia, sintoma associado a dificuldade de esvaziamento esofágico, foi mais freqüente nesta análise (36,84), que na literatura^{5,9,14}.

Sintomas como constipação e meteorismo são fatores agravantes, pois aumentam a pressão intra-abdominal, facilitando o refluxo.⁵

A dor precordial pode decorrer exclusivamente da HHD ou da esofagite por ela determinada, condicionando grande excitabilidade da musculatura esofágica⁵. É importante o diagnóstico diferencial com a dor isquêmica do miocárdio. Para isso é de grande valor o eletrocardiograma e a característica de piora em decúbito, no caso de RGE.

Em 14 (75,69%) dos pacientes operados a presença de esofagite foi confirmada.

O paciente com HHD e esofagite deve ser observado mais freqüentemente, porque na sua evolução há processos de inflamação e erosão da mucosa, com a conseqüente cicatrização, onde há substituição do tecido mucoso e muscular por tecido fibrótico. Desta forma, pacientes com sucessivos processos de esofagite, se não tratados adequadamente, evoluem para graus de comprometimento irreversíveis da parede esofágica, com estreitamentos fibróticos e até encurtamento do esôfago.

O paciente (caso 14) que apresentou estenose do esôfago terminal teve o diagnóstico de esofagite péptica confirmado por biópsia. A estenose foi corrigida com a dilatação esofágica por velas de Hegar, através de gastrostomia. Tal paciente não compareceu para o acompanhamento pós-operatório.

Em um doente (caso 7) houve o diagnóstico de volvo do estômago, demonstrado na seriografia esofagogastroduodenal (SEGD) e endoscopia, que determinou a indicação cirúrgica. No transoperatório o diagnóstico não foi confirmado, observando-se apenas uma bolsa gástrica maior que o normal e a HHD por deslizamento. Tal fato pode ser explicado pelo sucesso do endoscopista em desfazê-lo ou por sua resolução espontânea.

Volvo gástrico é classicamente uma complicação da HHD para-esofagiana. Portanto, este diagnóstico, associado a HHD por deslizamento, constitui-se em raridade.

CLEMENTE e col⁹, em um estudo de 70 doentes operados, mostra que em 31,4% deles havia outras afecções concomitantes, sendo a úlcera duodenal a mais freqüente (14,2%), seguida pela colelitíase (10%).

BETARELLO e col⁵, em uma revisão de 250 pacientes, dos quais apenas 12 foram submetidos a cirurgia, aponta a associação com outras afecções em 33,2% dos casos, estando a úlcera duodenal presente em 13,6% e a colelitíase em 9,6%.

Na presente casuística, a associação com outras afecções foi muito mais freqüente, incidindo em 84,21% dos casos. Aquelas mais comuns foram úlcera péptica duodenal (47,37%), colelitíase (15,79) e úlcera péptica gástrica (10,53%).

A ausência de dados procedentes dos pacientes com HHD tratados em regime ambulatorial, não nos permite precisar a real incidência desta afecção com outras.

A positividade da SEG D no diagnóstico da HHD e do RGE (20% e 26,67%) foi baixa se comparada a outros estudos, em que varia de 78,7% a 100% para HHD e de 21,2 a 84% para o RGE. Talvez porque a atenção do radiologista não estivesse voltada para o diagnóstico da HHD em virtude da presença de outras afecções associadas.

A comprovação endoscópica do RGE foi feita em 29,40% dos 17 pacientes cujos resultados do exame são conhecidos; GAMA RODRIGUES¹⁵, em uma revisão de 117 doentes operados, obteve o valor de 46,66%.

O achado de HHD ocorreu em todas as endoscopias, sendo este portanto, o método diagnóstico mais sensível.

O tratamento clínico da esofagite decorrente da HHD consiste em medidas gerais que visam evitar o RGE, tais como: dieta fracionada, correção dos hábitos higiênicos dietéticos, proibição do decúbito após as refeições, dormir em decúbito elevado (acima de 30°), tratamento de doenças associadas e diminuição do peso, quando indicada. A terapêutica medicamentosa baseia-se em dois princípios básicos: a) diminuição do pH ácido, com o uso de anti-ácidos, adstringentes, bloqueadores H₂ e prostaglandinas; b) o aumento do tônus do esfíncter inferior do esôfago (EIE), juntamente com uma velocidade maior do esvaziamento gástrico é obtido com o uso de drogas como a metoclopramida⁵.

A impossibilidade de regressão da sintomatologia com o tratamento clínico e/ou a presença de complicações, constituem-se nas indicações cirúrgicas preconizadas na literatura⁹ 15,20,22,31 e nas quais se enquadravam a maioria dos pacientes (78,95%).

Em quatro dos 19 pacientes (21,05%), apesar da presença de sintomas sugestivos, não foi demonstrado RGE, alterações inflamatórias na mucosa esofágica, nem outras complicações da HHD. Portanto, a indicação para a cirurgia nestes pacientes foi a presença de afecções associadas confirmadas, que provavelmente predominavam na sintomatologia.

Desde 1930, quando H. H. Berg⁴ sistematizou a investigação radiológica da hérnia hiatal e, principalmente nas duas últimas décadas, quando os métodos endoscópicos e manométricos trouxeram auxílio no diagnóstico e acompanhamento pós-operatório destes pacientes, o estudo desta afecção vem sendo aprimorado.

Em 1959 e 1960, os dados estatísticos de grandes hospitais em São Paulo acusavam a realização de hernioplastias hiatais em proporções mínimas, variando entre 1:1000 a 6:1000 operações¹⁴.

O tratamento mais simples da hérnia hiatal consistia na redução do saco herniário e estreitamento do hiato esofageal. Este procedimento era realizado na técnica de HARRINGTON (1938)^{15,18,32}, por via abdominal, e na técnica de ALLISON (1951)^{1,15,16,29}, por via torácica. O pinçamento do pilar diafragmático era então reconhecido como fator de contensão do refluxo gastro-esofágico. No entanto, os índices de recidiva chegavam a 60%, independente da via de acesso.

Em 1954, BARRET¹⁵ sugeriu a reconstituição do ângulo de His, visando a restauração da válvula mucosa na junção esôfago-gástrica. A importância da manutenção da porção terminal do esôfago na cavidade abdominal começava a ser percebida.

Nos doentes portadores de hérnia hiatal por deslizamento, a junção esôfago-gástrica encontra-se no tórax, onde a pressão é insuficiente para que o mecanismo valvular do esfíncter inferior do esôfago se processe adequadamente. Por isso, durante os esforços e aumento da pressão intra-abdominal, ou mesmo durante o decúbito, o conteúdo gástrico é jogado para o esôfago. Deste modo, a recondução do esôfago terminal à cavidade

abdominal torna-se fundamental no combate ao refluxo, na medida em que o aumento da pressão intra-abdominal atua também sobre este segmento, ocluindo e colabando sua luz.

BOEREMA E GERMS (1955)⁶ e NISSEN (1956)³³ propuseram, com o mesmo objetivo, a fixação do estômago à parede abdominal e do fundo gástrico ao diafragma, além da aproximação dos pilares.

LORTAD-JACOB e cols.²⁷, em 1961, a fim de agudizar ao máximo o ângulo esôfago-gástrico, pregavam a fixação do fundo gástrico à porção abdominal do esôfago, depois da redução e estreitamento do hiato. Esta última técnica foi acrescida de fundogasropexia diafragmática, por BARBOSA, em 1966³.

NISSEN³³, já em 1937, na tentativa de criar um mecanismo valvular em torno do esôfago, após a ressecção e anastomose da junção esôfago-gástrica em portador de úlcera péptica do esôfago, envolveu o segmento anastomosado em toda a sua extensão, com o fundo do estômago. Em 1957³, publicou um estudo sobre a nova técnica de fundogastroplicatura, que foi amplamente difundida por seu baixo índice de recidiva.

O acompanhamento de alguns dos primeiros pacientes operados pela técnica de Nissen mostrou que o envolvimento total do esôfago poderia determinar disfagia, dificuldade para eructar ou vomitar e outros efeitos associados ao estreitamento excessivo de sua porção terminal. LIND e cols.²⁶, em 1965, visando prevenir os efeitos indesejáveis da cirurgia, desenvolveram nova técnica, na qual apenas parte da circunferência esofágica é envolvida por estômago. Esta prática, introduzida no Brasil por RAIA¹⁵, vem sendo aplicada para o tratamento da hérnia hiatal, desde 1966, e, em nosso meio, é a técnica predominante, tendo sido unânime na presente casuística.

A mortalidade operatória registrada na literatura com as técnicas de anti-refluxo varia de 0 a 2,4%^{15,28,34}, e é devida essencialmente às complicações cardiorrespiratórias, embora haja referência de óbito por fístula gástrica²⁸ ou necrose do segmento abdominal do esôfago³⁴. Não houve óbitos na presente casuística.

Complicações tromboembólicas e cardíacas, lesões do esôfago ou baço, afecções pulmonares e as relacionadas à incisão são as principais responsáveis pela morbidade pós-operatória¹⁵. No presente estudo observou-se um caso de hérnia incisional e dois de lesão esplênica. Este fato alerta para o cuida-

do durante a liberação do fundo gástrico, já que a lesão esplênica, com a esplenectomia subsequente, aumenta consideravelmente o índice de complicações^{9,35}. Dos pacientes com lesão acidental do baço, em um foi realizada esplenectomia e, no outro, esplenorrafia.

Foi assinalado o aparecimento de uma volumosa hérnia hiatal para-esofágica pela radiologia; no acompanhamento pós-operatório de um paciente. Tal complicação não foi referida na literatura pesquisada e nos permite enfatizar a importância da aproximação cuidadosa dos braços do pilar diafragmático, que não foi anotada na descrição cirúrgica deste paciente.

A morbidade foi de 21,05%(4 casos), que pode ser considerada pequena, se comparada a outros autores como Barbosa (23,8%)³, Moran e cols.(32,5%)³⁰ e Gama-Rodrigues(27%)¹⁵. Convém, contudo, ressaltar que devido à falta de protocolo pré-estabelecido, complicações cardiorrespiratórias podem ter passado de sopercebidas, e a concomitância de outras técnicas cirúrgicas pode interferir na comparação dos índices encontrados na literatura.

Apenas 2 pacientes não classificaram seu grau de satisfação com a cirurgia em excelente. Em um deles, a persistência do refluxo foi demonstrada ao exame radiológico e a endoscopia revelou sinais de esofagite. O outro considerou o resultado bom, entretanto referia alguns sintomas persistentes. Neste último caso, tanto o exame radiológico como o exame endoscópico estavam normais, além do que, possuía um componente emocional importante.

Entre os 12 casos acompanhados no pós-operatório, 6 (50%) apresentaram disfagia nos primeiros 15 dias a 5 meses. Quatro(33,33%) vieram a desenvolver dificuldade para eructar ou vomitar, complicação observada também em outros trabalhos.^{12,46}

A disfagia é uma queixa comum no pós-operatório imediato das fundoplicaturas, estando associada a desordens motoras e mecânicas^{12,19,20,25,46}. Quando a técnica de Nissen é empregada, algumas estatísticas têm demonstrado disfagia em 21 a 24% das cirurgias, cifras inferiores às encontradas no presente levantamento, onde todos os doentes foram submetidos a fundogastroplicatura à Lind. Em um estudo de 33 pacientes submetidos à técnica de Lind, Gama-Rodrigues¹⁵ observou que 9 deles (27,27%), apresentaram disfagia no pós-operatório.

A recidiva funcional, ou seja, o ressurgimento de refluxo gastro-esofágico na ausência de hérnia hiatal, foi observada em 2 (25%) dentre os 8 pacientes submetidos ao Rx contrastado, um dos quais sem manifestações clínicas.

Woodward e cols.⁴⁶, em revisão de 68 casos de hérnia hiatal operados pela técnica de Nissen, observaram recidiva anatômica em 3 (4,41%), clínica em 8 (11,76%) e funcional em 17 (24%). Embora as técnicas cirúrgicas e os métodos utilizados para verificação da persistência do refluxo tenham sido diferentes: monitorização do pH esofageano no trabalho de Woodward e cols.⁴⁶ e o Rx contrastado no presente estudo, o índice observado de recidiva funcional foi o mesmo (25%).

Dentre os 2 doentes que persistiam sintomáticos (16,1% dos 12 acompanhados), 1 mostrou esofagite leve durante a endoscopia e refluxo gastro-esofágico ao Rx e o outro tinha os dois exames normais.

Não houve recidiva anatômica da hérnia hiatal por deslizamento. A hérnia hiatal para-esofágica, comentada anteriormente, foi considerada complicação, e não recidiva anatômica.

Gama-Rodrigues¹⁵ avaliou os resultados endoscópicos e radiológicos em 33 pacientes submetidos a fundogastroplicatura a Lind associada a hiatoplastia. No referido estudo, a investigação radiológica demonstrou 3% de recidiva anatômica e 3% de recidiva funcional. À endoscopia, o mesmo autor mostra 3% de recidiva anatômica e 6% de recidiva funcional.

ABSTRACT

A review was carried out about 19 promptuaries corresponding to the patients with diagnosis of sliding hiatal hernia, operated in the Hospital Universitário and Hospital Florianópolis from 1981 to 1987.

The clinical square in the pre-operative was composed by symptoms as a result of gastroesophageal reflux and esophagitis.

The associated affections were frequent (84,21%), specially duodenal or gastric ulcer and colelitis.

All the patients were submitted to Lind fundoplication.

Twelve came back to be investigated, and two of them referred to the persistence of symptoms, one of them without radiological or endoscopic alterations.

In 8 cases it was observed some undesired effects of the surgery (66% dos 12), and the most common was the dysphagia.

The recurrence of reflux became evident in two patients through the X-ray, one of them without symptoms.

There was no recurrence of sliding hiatal hernia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALLISON, P.R.: Reflux esophagitis, sliding hiatal hernia and the anatomy of repair. Surg Gynecol Obstet, 92: 419-431, 1951.
2. BAHADORZADEZ, K. & JORDAN, P.H.: Evaluation of the Nissen fundoplication of hiatal hernia . Use of parietal cell vagotomy without drainage as an adjunctive procedure. Ann. Surg., 181:402-410, 1975.
3. BARBOSA, H., 1966 apud GAMA-RODRIGUES, J.J., 1974
4. BERG, H.H., 1931 apud NISSEN, R., 1961.
5. BETTALLO, A.; CORDEIRO, F.T.M. & PONTES, J.F.: Hérnia hiatal; Estudo clínico e evolutivo de 250 casos. Arq. Gastroenterol., 4(1): 45-58, 1967
6. BOEREMA & GERMS apud Nissen, R., 1961.
7. BOYD, D.P.: Thoraco-abdominal repair of esophageal hiatus hernia. Surg. Gynecol. Obstet., 110: 245-248, 1959.
8. CHRISTIANSEN, J., 1965 apud BETTARELLO, A.; CORDEIRO, F.T.M. & PONTES, J.F., 1967.
9. CLEMENTE, J.L.; LERA, J.M.; HERNANDEZ, J.L.; DE OCA, J.; ZORNOZA, G. & VOLTAS, J.: Nuestra experiencia y resultados con técnicas valvuloplásticas en la cirugía de la hernia hiatal. Rev. Esp. Ap. Digest., 66(3): 181-185, 1984.
10. COLLIS, J.L.: An operation for hiatus hernia with short esophagus. J. Thoracic. Surg., 14(6): 768-773, 1957.
11. DAGRADI, A.E., 1969 apud GAMA RODRIGUES, J.J., 1974

12. DeMEESTER, T.R.; BONAVIDA, L. & ALBERTUCCI, M.: Nissen fundoplication for gastroesophageal reflux disease. Evaluation of primary repair in 100 consecutive patients. Ann. Surg., 204(1): 9-20, 1986.
13. EDMUNDS, V., 1957 apud BETTARELLO, A.; CORDEIRO, F.T.M. & PONTES, J.F., 1967.
14. FERREIRA-SANTOS, R.: Hernia hiatal. In: Atualização cirúrgica. São Paulo, Manole, v.5, p.227-258.
15. GAMA-RODRIGUES, J.J.: Hérnia hiatal por deslizamento. Esofagogastrofundopexia associada a hiatoplastia. Avaliação clínica, morfológica e funcional. São Paulo, 1974. (Tese-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo)
16. GARCIA-RINALDI, R. & LANZA, F.: Hiatal hernia with severe reflux esophagitis: treatment by superselective vagotomy and Nissen fundoplication. South. Med. J., 77(4): 418 - 422, 1984.
17. GUIVARC'H, M., 1973 apud GAMA-RODRIGUES, J.J., 1974
18. HARRINGTON, S.W., 1938 apud GAMA-RODRIGUES, J.J., 1974.
19. HENDERSON, R.D.: Dysphagia complicating hiatal hernia repair. Thorac. Cardiovasc. Surg., 88: 922-928, 1984.
20. HERNANDEZ, C.D.; SAMPERIO, C.G.; ARRUBARRENA ARAGON, V.M.; SANTIAGO CASTAÑON, J.S. & ESPINIZA FLORES, A.: Tratamiento quirúrgico de la hernia hiatal: análisis de tres años. Rev. Gastroent. Mex., 48(2): 71-76, 1983.
21. HIEBERT, C.A. & O'MARA, C.S.: The Belsey operation for hiatal hernia: a twenty year experience. Am. J. Surg., 137: 532-535. 1979.
22. HILL, L.D.: An effective operation for hiatal hernia. Ann. Surg., 166(4): 681-692, 1967.
23. HØIER-MADSEN, K.; BØDKER, A.; RASMUSSEN, E. & HEBJØRN, M.: Hiatus hernia. Report of three cases requiring immediate surgical intervention. Acta. Chir. Scand., 148: 467-469, 1982.
24. JONSELL, G.: The incidence of sliding hiatal hernias in patients with gastroesophageal reflux requiring operation. Acta. Chir. Scand. 149: 63-67, 1983
25. KJELLÉN, G.; FRANSSON, S.G.; JOHANSSON, K.E.; SVEDBERG, J. B.; SÖKJER, H. & TIBBLING, L.: Scintigraphy, radiography, and acid clearing in dysphagia patients after anti reflux surgery. Scand. J. Gastroenterol., 19: 1022-1026, 1984.

26. LIND, F.J.; BURNS, M.C. & MAC DOUGALL, T.J.: Physiologi-
cal repair for hiatus hernia. Manometric study. Arch.
Surg., 91: 233-237, 1965.
27. LORTAD-JACOB, J.L.; MAILLARD, J.N. & FEKETE, F.: A pro-
cedure to prevent reflux after esophagogastric resection:
expierence with 17 patients. Surgery, 50: 600-611, 1961.
28. MAILLET, P. & CUCHE, J. apud GAMA-RODRIGUES, J.J., 1974.
29. MANSOUR, K.A.; BURTON, H.G.; MILLER, J.I. & HATCHER, C.
R.: Complications of intratoracic Nissen fundoplication.
Ann. Thorac. Surg., 32(2): 173-178, 1981.
30. MORAN, J.M.; PIHL, O.C.; NORTON, R.A. & RHEINLANDER, H.
F.: The hiatal hernia - reflux complex. Current aproa -
ches to correction and avaluation of results. Am. J .
Surg., 121: 403-411, 1971.
31. MYLLÄENIEMI, H. & SAARIO, I.: A new type of sliding hia-
tus hernia. Ann. Surg. , 202(2): 159-161, 1985.
32. NISSEN, R.: Gastropexy and fundoplication in surgical
treatment of hiatal hernia. Am. J. Dig: Dis., 6(10):954-
961, 1961.
33. NISSEN, R., 1956 apud NISSEN R., 1961.
34. ORRINGER, M.B.; SKINNER, D.B. & BELSEY, R.H.B.: Long -
term results of the Mark IV operation for hiatal hernia
and analyses of recurrences and their treatment. J. Tho-
rac. Cardiovasc. Surg. , 63: 25-31, 1972.
35. PAYNE, W.S. & ELLIS Jr., F.: Esôfago e hérnias diafragmã-
ticas. In: SCHWARTZ, S.I.: Cirurgia, Guanabara Koogan, São
Paulo. v.II, p. 1157-1204, 1981.
36. PRIDIE, R.B., 1966 apud BETTARELLO, A.; CORDEIRO, F.T.M.
& PONTES, J.F., 1967.
37. RICHARDSON, J.D.; LARSON, G.M. & POLK Jr., H.C.: Intrato-
racic fundoplication for shortened esophagus. Trachenous
solution to a challenging problem. Am. J. Surg. 143: 29-
35, 1982.
38. RITTER, U., 1965 apud BETTARELLO, A.; CORDEIRO, F.T.M. &
PONTES, J.F. , 1967.
39. SANCHEZ-ZINNY, J.; BACARO, J.C.; SONEZ, H. & LOPEZ-FRES-
CO, C.: Hernia hiatal. Diagnóstico, indicaciones y re-
sultados de su tratamiento quirurgico. Pren, Med.Argent.
58: 525-530, 1971.
40. SHAH, I.K. & DANIEL, O.: The results of fundoplication
for the relief of esophageal reflux due to hiatus hernia

Brit. J. Surg. , 59(4): 285, 1972.

41. SKINNER, D.B.; BELSEY, M.S. & RUSSEL, P.S.: Surgical management of esophageal reflux and hiatus hernia. Long-term results with 1030 patients. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 53(1): 33-54, 1967.
42. SWEET, H.R., 1948 apud GAMA-RODRIGUES, J.J., 1974.
43. TOUPET, A., 1963 apud GAMA-RODRIGUES, J.J., 1974.
44. TUTTLE, S.G.; BETTARELLO, A. & MORTON, I.M.: Gastroesophageal regurgitation. JAMA, 176: 498, 1961.
45. TUTTLE, S.G.; BETTARELLO, A. & GROSSMAN, M.I.: Heartburn and gastroesophageal regurgitation. Clin. Res. , 8:100, 1960.
46. WOODWARD, E.R.; THOMAZ, H.F. & McALHANY, J.C.: Comparison of crural repair and Nissen fundoplication in the treatment of esophageal hiatus hernia with peptic esphagitis. Ann. Surg., 173(5): 782-792, 1971.

TCC
UFSC
CC
0107

N.Cham. TCC UFSC CC 0107

Autor: Trapani Júnior, Al

Título: Hérnia Hiatal : abordagem cirúr



972800678

Ac. 252939

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM